LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Clinique médicale : La pulmothérapie, par le Dr Grasset, p. 689. — **Odontologie** : Appareil prothétique inamovible. Gingivite tartrique. Gastro-entérite consécutive, par le Dr Louis Gourc, p. 693. — **Bibliographie** : Leçons sur les maladies du système nerveux, par le prof. F. Raymond, p. 694. — **Revue de la presse** : Contribution à la question du mariage des tuberculeux, p. 696. — Valeur diagnostique et pronostique des cellules éosinophiles dans l'expectoration, p. 697. — Eczéma chronique des mains, p. 697. — **Académie de médecine** : *Séance du 31 octobre* 1898. — Traitement chirurgical de l'otite chronique sèche par l'évidement pétro-mastoïdien avec tubage de l'oreille moyenne, p. 698. — Traitement des anévrysmes par la gélatine, p. 698. — Du massage de la région de la vésicule biliaire dans certains cas de constipation rebelle, p. 698. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 28 octobre* 1898. Présidence de M. Sevestre. — Sur un cas de délire salicylique, p. 698. — Thromboses cardiaques multiples au cours d'une grossesse chez une femme atteinte de rétrécissement mitral, p. 699. — Infantilisme myxœdémateux, p. 699. — **Société de chirurgie** : *Séance du 2 novembre* 1898. Présidence de M. Berger. Contusion de l'abdomen, p. 700. — Intervention directe sur le cœur, p. 700. — Luxation de l'épaule non réduite, p. 700. — Occlusion intestinale chez une femme enceinte de cinq mois. Laparotomie. Guérison, p. 700. — Etude thérapeutique et clinique sur le cancer de l'S iliaque, p. 700. — Résection du grand sympathique dans le traitement du goitre exophtalmique, p. 700. — **Société d'électrothérapie** : *Séance du 21 octobre* 1898. Présidence de M. Apostoli, p. 700. — **Congrès de gynécologie** (*Suite*), p. 701. — **Correspondance** : p. 702. — **Nouvelles**, p. 703. — **Bulletin bibliographique**, p. 704.

CLINIQUE MÉDICALE

—

La Pulmothérapie (1)

par le Dr H. Grasset, (de Nogent-sur-Marne).

La *pulmothérapie*, ou traitement des maladies des organes respiratoires par les poumons crus d'animaux sains ou leurs extraits, n'est qu'une branche de l'*organothérapie* ou de l'*opothérapie*, qui prend actuellement une si grande extension.

MM. A. Gilbert et P. Carnot, dans leur rapport au IVe Congrès français de Médecine (Montpellier, avril 1898) disent :

« L'utilisation thérapeutique des tissus animaux doit « être mise en parallèle avec l'utilisation thérapeu- « tique des végétaux. »

Et plus loin :

« L'étude de la cellule subit la même évolution que « celle des parasites. L'une et l'autre ont commencé « par l'observation des phénomènes vitaux. Pour l'une « et l'autre, on en est actuellement à l'étude des sé- « crétions, des extraits et des toxines. Car, pour l'une « et l'autre, on a reconnu que beaucoup de phénomènes « étaient dus, non pas à la cellule vivante, mais à ses « secrétions. »

L'emploi thérapeutique du poumon d'animaux sains date de la plus haute antiquité. Les anciens Grecs en étaient très enthousiastes ainsi que de toute l'organothérapie, et chez les Romains les médecins grecs prônaient le poumon de renard desséché dans les maladies de poitrine. Les poumons de renard, d'ours, de cerf, de lièvre sont surtout très vantés pour combattre les oppressions dans les maladies pulmonaires, car ce sont des animaux à course rapide les plus favorables pour éviter l'essoufflement.

La méthode tombe en désuétude pendant quelque temps, puis reprend vers la Renaissance pour se continuer jusqu'au XVIIIe siècle.

Vers 1620, Duchesne, sieur de la Violette, conseiller et médecin du roy, personnage très considéré et non charlatan, préconise des dragées composées de poumon de renard pulvérisé, de sucre, d'anis et d'hysope.

« Ces préparations », dit-il, « sont grandement pro- « pres et spécifiques aux maux déplorables des pou- « mons, tels que sont : la phtisie, l'empyème, l'asthme, « la dyspnée et orthopésie, en l'extirpation desquelles « maladies désespérées et presque incurables notre « grand antidote fera merveille. »

A cette époque les poumons de renard et de loup servaient aux gens riches, les pauvres se contentaient de ceux d'agneau et de veau.

Plus tard les poudres tendant à céder le pas aux bouillons et sirops de mou de veau, préparés à chaud par conséquent, la méthode tombe en désuétude, car on ne trouve plus de succès, les principes actifs étant détruits par la chaleur.

Le sirop de mou de veau, sous le nom de sirop pectoral Lamouroux ou autres, est resté dans la pharmacopée jusqu'à l'époque actuelle.

D'après une communication orale de M. le professeur Landouzy, il y aurait eu vers 1830 un retour à la méthode organique, sous forme d'ingestion de poumon cru.

Un confrère m'a raconté que, vers la même époque, il y avait à Paris une bonne femme dont la renommée était considérable et qui guérissait les maladies de poi-

(1) Communication à la Société de médecine de Paris, séance du 22 octobre 1898.

trine avec des préparations de mou de veau haché avec des fines herbes, ingérées par les malades.

Actuellement l'organothérapie pulmonaire, sous l'influence des idées de Brown-Séquard sur la secrétion interne des glandes, revient à une méthode scientifique quoique grandement empirique encore.

Nous savons que les tissus animaux possèdent des propriétés oxydantes assez énergiques, comme certaines cellules végétales. Chez les animaux, comme chez les végétaux, nous rencontrons des ferments sécrétés par les cellules dont le but est de produire les réactions chimiques organiques dans l'intimité des tissus. Nous en connaissons bien un certain nombre depuis longtemps, diastases, pepsine, trypsine, papaïne, etc. On désigne ces ferments solubles, non figurés, par les noms divers de diastases ou euzymes ; on peut les ranger sous plusieurs catégories.

Les uns qui agissent sur les hydrates de carbone (saccharose, amidon, glycogène, etc.) et les dédoublent en produits plus simples ; on les a appelés ferments cytohydrolitiques ou cytases, tels sont l'invertine, la lactase, la diastase, la pectase, etc,

D'autres décomposent les glucosides (émulsine, myrosine, etc.).

Les ferments protéolytiques agissant sur les matières protéiques (pepsine, trypsine, papaïne, fibrinferment):

D'autres saponifient les matières grasses (lipase).

D'autres produisent des oxydations (oxydases).

Ainsi les uns produisent des dédoublements simples, les autres sont des hydratants ou des oxydants. Ces ferments solubles sont les agents de la digestion, de la nutrition, de l'assimilation ; ils président au déplacement des matéraux de réserve et à leur utilisation, aussi bien chez les animaux que chez les végétaux. On voit donc que suivant les conditions qui favorisent ou retardent leur action, il peut en résulter des troubles sérieux dans le développement et l'accroissement des êtres vivants.

Peu nous sont malheureusement encore connus ; un plus grand nombre sont soupçonnés mais non démontrés. Ils doivent être très nombreux et divers suivant les natures cellulaires, mais leurs réactions peuvent être d'une complexité que nous ne pouvons encore supposer. Multiples dans leurs effets, complexes dans leur actions, tels doivent être les ferments solubles animaux et leur étude est à peine ébauchée. Il faut ajouter que ces ferments sont fragiles dans leur essence et que de faibles perturbations physiques peuvent les détruire ou annihiler leurs effets.

Si donc nous considérons une glande, ses cellules sont le siège d'une multitude de réactions chimiques qui aboutissent à des fonctions bien déterminées ; pour la foie par exemple nous avons des termes très nets, tels que la sécrétion biliaire, d'autres moins visibles tels que la fonction hématopoiétique ou la fonction glycogénique, d'autres encore plus obscurs, telle la fonction antitoxique, etc. Il peut y avoir une sécrétion externe très nette et une interne plus difficile à dépister, et qui souvent n'est connue que par les effets de son exagération ou de son absence. Il peut se présenter côte à côte dans une même glande des fonctions toxiques et antitoxiques, des fonctions trophiques. Il y a des faits que personne ne songe plus à nier aujourd'hui ; d'abord l'apparition d'altérations organiques plus ou moins graves à la suite d'ablation des organes glandulaires, ensuite les modifications déterminées par l'ingestion artificielle des produits glandulaires chez l'individu sain ou malade, par suite de l'arrêt de fonctionnement de l'organe correspondant.

Dans le poumon, comme je l'ai indiqué dans une publication antérieure, il existe une sécrétion intense dont la suppression amène des troubles nerveux et trophiques considérables.

Quelle est la nature de cette sécrétion, c'est ce qui nous est totalement inconnu. Y a-t-il un ou plusieurs ferments solubles définis, et dans quelle catégorie doit-on les ranger ? C'est une question à laquelle il est impossible de répondre actuellement. J'ai essayé d'isoler les ferments solubles par toutes les méthodes connues et enseignées, j'ai constamment échoué. J'en ai imaginé d'autres, mais sans plus de succès, tant est délicate cette partie de la chimie cellulaire et tant sont encore peu nettes les connaissances de la chimie biologique en général. Je suis cependant porté à croire que nous avons affaire là à une oxydase, car le tissu pulmonaire est un agent oxydant énergique ; de tous les ferments solubles, les oxydases sont les moins connus.

Ne pouvant nous adresser à un agent chimique bien déterminé, force nous en est de nous procurer des extraits divers de l'organe aptes à le remplacer. Mais il faut bien le dire, les propriétés du tissu glandulaire ne se transmettent pas intégralement aux extraits, et les résultats ne sont pas comparables avec les produits obtenus par les différentes méthodes, c'est ce qu'ont bien démontré les nombreuses expériences de P. Carnot avec les extraits et produits hépatiques obtenus par des techniques variées. Il faut ajouter que l'intégrité de la cellule fonctionnelle est indispensable pour obtenir des effets thérapeutiques ou physiologiques valables. On se rend ainsi facilement compte des résultats contradictoires des différents expérimentateurs sur un même organe. Nous rencontrerons ces divergences dans les expérimentations de pulmothérapie.

J'ajoute dès maintenant que je n'ai pas trouvé, dans les propriétés des extraits pulmonaires divers, des effets aussi marqués que ceux obtenus avec la mixture pulmothérapique préparée par la méthode que j'ai indiquée il y a 18 mois environ.

La seule méthode supérieure serait celle de l'ingestion de pulpe de tissu pulmonaire frais. Elle est inapplicable en ce sens qu'on ne pourrait avoir journellement sa provision, même dans une ville pourvue d'abattoir public ; elle est écœurante à un degré bien

supérieur à l'ingestion de pulpe de viande crue ; elle fatigue l'estomac par suite de l'énorme quantité de tissu élastique inassimilable. Thérapeutiquement, on en est réduit aux extraits, seuls pratiques.

Je vais maintenant passer en revue les applications faites par les divers auteurs et poser nettement la question, indications et effets.

Les premières expériences physiologiques sur les extraits aqueux de tissu pulmonaire ont été faites par Brown-Sequard et d'Arsonval en 1889, Rouqués en 1891 ; elles sont peu nettes.

En 1894, le professeur Ferré, de Bordeaux, indique une méthode spéciale, modification de la première et obtient un liquide que MM. Demons et Binaud emploient avec un succès remarquable dans l'ostéoarthropathie hypertrophiante, d'origine pneumique. (*Archives générales de Médecine*, août 1894). Félix Brunet indique une technique plus rigoureuse et vers la fin de 1896 institue de nombreuses expériences intéressantes, qu'il publie au commencement de 1897, dans un ouvrage intitulé : « Le suc pulmonaire ». Il constate que soit par ingestion, soit par injection sous-cutanée, le suc pulmonaire favorise la nutrition générale et détermine une augmentation de poids même chez l'animal sain ; les animaux rendus tuberculeux expérimentalement ont toujours leur vie prolongée sous l'influence du suc. Au point de vue clinique, il a eu des résultats très encourageants. Les malades ont présenté une modification rapide et profonde de l'expectoration qui diminue beaucoup et devient de plus en plus fluide en se rapprochant de la salive ; il y avait en même temps amélioration notable de tous les symptômes. Il a expérimenté dans cinq cas de bronchite chronique, deux cas de tuberculose torpide, un cas de pleurésie tuberculeuse à épanchement, un cas d'abcès du médiastin et un cas de tuberculose aiguë à marche rapide. Sauf dans les cas de tuberculose, il a eu des succès nets.

Je dois rappeler pour mémoire qu'en 1892 Vandenabeele a préconisé le traitement de la tuberculose par les ferments animaux. D'après ce que j'ai pu savoir de la méthode, il faisait ingérer à ses malades les produits (mis en siphon) de la fermentation de liquides sucrés par le tissu pulmonaire, et probablement surtout formés par des germes étrangers. Il prétend avoir eu des résultats, ce qui ne me surprend nullement, car dans ses siphons il doit y avoir une certaine portion d'extrait pulmonaire.

Dans le courant de 1897, j'ai présenté le résultat des essais tentés par moi depuis un certain temps, du traitement des maladies des voies respiratoires par la mixture pulmothérapique, méthode à laquelle j'étais arrivé par des idées théoriques personnelles.

Grande (*Riforma medica*, 10 fév. 1897) a obtenu, chez un tuberculeux, de bons résultats avec 4 ou 5 gr. de poudre de poumon desséché, donnés quotidiennement. Sur les cobayes tuberculeux, il y a prolongation de la survie. Mais, dans ces cas, le médicament a été administré pendant des mois. Il en reste démontré que l'opothérapie pulmonaire n'est pas sans influence sur l'évolution de la tuberculose.

Enfin le 4e congrès français de médecine interne (avril 1898) s'est encore occupé de la pulmothérapie. M. Arnozan, de Bordeaux, conclut que le suc pulmonaire préparé suivant la technique du professeur Ferré donne de bons résultats : 1° dans les cas de suppuration intrathoracique, quand il n'y a pas de tuberculose et que le foyer est ouvert à l'extérieur ou dans les bronches ; 2° dans les arthropathies du type Marie.

E. Cassaët (de Bordeaux) trouve que le suc pulmonaire présente quelques inconvénients et de nombreux avantages. Parmi les inconvénients, il signale l'apparition d'un érythème polymorphe, des hémoptysies et des accidents et malaises variables. Il prétend parmi les avantages que c'est un médicament héroïque dans les septicémies pleuro-pulmonaires, et que chez les tuberculeux il n'y a qu'amélioration passagère. Il conclut que l'emploi doit être très longtemps continué.

Félix Brunet fait remarquer justement que c'est une erreur de regarder le suc pulmonaire comme spécifique dans la tuberculose pulmonaire, car ce n'est qu'un médicament renforçant la résistance du poumon. Il signale ses bons effets dans la tuberculose, la grippe, bronchite, etc. ; des doses fortes amènent des hémoptysies.

Je ne suis pas de l'avis de M. Brunet lorsqu'il dit que l'ingestion de poumon ou de la mixture, préparée suivant ma méthode, ne sont pas comparables au suc pulmonaire. C'est une erreur, tout cela c'est de l'organothérapie faite avec des extraits différents. Comme je l'ai montré dans un travail antérieur, le poumon desséché, le suc pulmonaire ne sont que des extraits partiels, diminués dans leur action. A défaut d'ingestion de poumon cru, médicament le plus complet, c'est ma mixture qui donne les résultats les plus puissants et ne présente pas de dangers. On pourra perfectionner les méthodes d'extraction, mais tant que l'on ne saura pas la nature du principe actif et que l'on ne l'aura pas extrait pur ou en totalité, on n'aura que des résultats partiels. D'après les rapporteurs du Congrès, le suc pulmonaire est inactif dans la tuberculose. Le poumon desséché et la mixture ont une action nette, pas constante, mais très fréquente.

Je puis actuellement poser nettement les indications de ma thérapeutique et indiquer les résultats que l'on peut en attendre, car j'ai les communications de nombreux confrères qui l'ont expérimentée, jusqu'à la Martinique même. Certains même ont essayé sur eux et s'en sont bien trouvés.

Dans les nombreux faits qui m'ont été communiqués, il y en a de favorables et de contraires. Tous les auteurs qui ont eu des échecs peuvent se ranger dans une seule catégorie, ceux qui ont expérimenté dans les seuls cas de tuberculose pulmonaire avancée et sans constance. Beaucoup m'ont écrit : j'ai essayé votre mixture (un ou

deux cas mauvais généralement, rarement plus), elle a semblé donner des résultats au début, puis au bout d'une quinzaine de jours tout est rentré dans l'état antérieur.

Je ferai remarquer que l'on ne peut tabler une valeur thérapeutique sur deux cas, que l'on a pris parmi les désespérés. Presque tous ont considéré que c'était un spécifique contre la tuberculose, c'est une erreur gigantesque. Dans mon mémoire j'ai nettement indiqué : « Il n'a aucune action spécifique, mais une action de direction générale » ; c'est un tonique pulmonaire, et pas autre chose. Il doit donc donner des résultats d'autant plus brillants et rapides que l'organe atteint est moins détruit ou compromis.

Si vous voulez prendre une idée de sa valeur thérapeutique, il faut donc l'appliquer dans tous les cas d'infection broncho-pulmonaire et ne pas se borner à un ou deux faits de tuberculose avancée. F. Brunet a énoncé la même chose à propos du suc pulmonaire. Une autre cause d'échec, c'est le peu de constance des expérimentateurs ; un médecin qui fait de la thérapeutique sans conviction n'a jamais l'idée d'imposer la continuation d'un régime à un malade qui épuise en quinze jours toutes les méthodes et se rebute. Le Congrès de médecine a bien indiqué que dans l'opothérapie pulmonaire, pour avoir des résultats, il fallait continuer longtemps la médication, des mois entiers. Je l'avais indiqué pour ma méthode. Prenons une comparaison. Personne ne contestera que pour les tuberculeux la seule méthode de choix soit dans l'application de la cure d'air, combinée au repos et à la suralimentation. Eh bien, vous, médecin convaincu, lorsque vous essayez à domicile l'application de ces principes rationnels, réussissez-vous? Non, ou bien exceptionnellement. Et cependant dans les sanatoria on a des cures superbes ! Pourquoi ? Tout simplement parce qu'il y a constance et surtout surveillance complète et rigoureuse, continue.

Malheureusement, la plupart des médecins, découragés de la thérapeutique, ne savent pas prendre un ascendant moral suffisant sur le malade et lui imposer un traitement de longue haleine. Ceci s'applique surtout à la tuberculose ; il y a des hauts et des bas dont il faut tenir compte ; ne pas se laisser influencer et exiger la continuation rigoureuse du régime indiqué, c'est le seul moyen d'avoir des succès. J'ai réussi, chez la plupart de mes tuberculeux, à obtenir un abandon et une confiance très étendus, à imposer nettement ma volonté et à faire suivre des régimes hygiéniques et thérapeutiques qui étaient tout contraires dès l'abord à leurs principes, et j'ai eu des résultats satisfaisants. C'est plus facile qu'on ne le croit, si l'on sait s'y prendre. Je ne contesterai pas que l'influence morale ne soit pour une part dans le résultat ; mais peu importe, si le but est atteint.

Dans la tuberculose pulmonaire, pour résumer, l'on n'obtiendra des résultats que par un régime hygiénique rigoureux, une constance dans l'application du traitement et un ascendant moral pris sur le malade. Essayez la méthode dans un bon nombre de cas et vous serez convaincus.

Les confrères qui m'ont signalé d'heureux succès se rangent dans la catégorie de ceux qui sont constants, qui ont entrepris l'essai sur un grand nombre de cas et ne se sont pas bornés à la tuberculose pulmonaire. Je dois ajouter que, d'après leurs rapports, c'est chez les enfants que les améliorations se font le plus rapidement et nettement sentir.

Pour avoir de si jolis résultats, employez la méthode dans les cas suivants :

1° Chez les individus atteints de trachéite ayant résisté depuis des semaines aux autres traitements. (La plupart sont de ceux dont les rhumes négligés conduisent à la phtisie.) Dans les gros rhumes, les succès sont manifestes et rapides.

2° Dans les bronchites et les broncho-pneumonies, simples ou infectieuses, l'évolution est accélérée et la convalescence diminuée notablement.

3° Dans la grippe catarrhale, le traitement ne laisse pas l'affaiblissement si caractéristique de cette affection.

4° Dans la coqueluche, au bout d'une semaine les quintes sont moins longues et moins pénibles ; il n'y a pas de complications broncho-pulmonaires, et la durée ne dépasse guère un mois.

5° Dans les pleurésies sèches ou avec épanchement, la durée est abrégée et les symptômes pénibles rapidement amendés.

6° Dans les tuberculoses au 1er et au 2e degré, avec de la constance on obtient de très bons résultats.

Dans les formes avancées, on peut obtenir quelquefois des succès rares, on a toujours des améliorations.

Il y a des contre-indications à la méthode : Ne pas l'employer chez les cardiaques et les albuminuriques, dans les tuberculoses à marche rapide, dans la granulie.

Lorsqu'il y a un mauvais état des voies digestives, le médicament est inactif parce que l'absorption ne se fait pas régulièrement.

En résumé : Il faut propager la pulmothérapie car c'est une méthode pleine d'avenir et qui donne des résultats notoires.

Dans le tissu pulmonaire existe un produit tonique spécial pour l'appareil broncho-pulmonaire, dont il ne faut pas négliger l'action utile.

Travaillons et souhaitons la découverte et l'isolement de ce principe énergique.

MODE DE PRÉPARATION

Prendre du poumon de mouton (200 grammes) fraîchement abattu. Enlever les portions cartilagineuses des bronches. Hacher extrêmement fin. Mélanger avec du sable pur, broyer et porphyriser le mélange autant que possible, ce qui n'est pas facile vu la présence de fibres élastiques.

Jeter le produit dans un litre de sérum artificiel. Phosphate de soude 7 gr., sel 10 gr.) ; ajouter 0 gr. 50

de fluorure de sodium, ou mieux du chloroforme pour empêcher les fermentations. (Macération 18 à 24 heures). Extraire le liquide, en se servant de la presse pour les dernières portions. Filtrer à travers un linge très fin.

Mélanger le liquide trouble obtenu avec une quantité de glycérine nécessaire pour faire deux litres. Le produit s'éclaircit beaucoup, les principes semblent se dissoudre dans la glycérine, mais par des artifices histochimiques on peut dévoiler les granulations. Ajouter 0 gr.50 à 1 gr. de menthol (suivant les saisons).—Ainsi préparée la *mixture pulmothérapique* se conserve bien et longtemps.

Doses : pour les adultes, deux à trois cuillerées à soupe par jour, dans l'intervalle des repas.

Pour les enfants : 3 à 5 cuillerées à dessert et même plus chez certains qui le supportent très bien.

ODONTOLOCIE

Appareil prothétique inamovible. Gingivité tartrique. Gastro-entérite consécutive.

Par le Dr Louis Gourc
médecin-dentiste du dispensaire Furtado-Heine.

M. X... officier supérieur en retraite, son dentiste étant mort, vient, sur les instances d'un de mes confrères, nous prier de vouloir bien lui réparer un dentier qu'il porte dans la bouche et auquel il manque une dent depuis pas mal de temps; mais, nous dit-il, mon médecin m'envoie auprès de vous plutôt pour soigner ma bouche qui, d'après lui, est cause de tous mes troubles digestifs actuels et m'occasionne en temps ordinaire une haleine très mauvaise. Ce dernier fait est facilement constatable pendant que nous l'interrogeons et nous devons même penser à un cancer, tant l'odeur est grande et la fétidité extrême, lorsque nous faisons ouvrir la bouche pour l'examiner.

Alors, au maxillaire inférieur, au milieu d'un magma assez épais composé de résidus alimentaires, mais surtout de tartre, nous prévoyons l'existence d'un dentier littéralement enterré et méconnaissable, n'était la différence de teinte des dents artificielles et naturelles.

Les interstices dentaires et le collet des dents sont comblés par une couche très épaisse de tartre que nous enlevons à la rugine par blocs, après avoir pratiqué nous-mêmes quelques lavages chlorates phéniqués au centième avec une seringue de 70 centimètres cubes.

Ce nettoyage *grosso modo* nous permet de distinguer dans tous ses détails une pièce en or composée d'une très mince plaque linguale à laquelle sont soudées les dents et des crochets très fins, très petits, entourant les dents et en très grand nombre, donnant l'aspect bizarre d'une dentelle de fils d'or à larges mailles, qu'on aurait enclavée dans le ciment calcaire.

Faisant observer l'état précaire de la bouche, nous manifestons notre étonnement d'un pareil abandon de toute espèce d'hygiène; à tout cela le malade nous répond qu'il lui était impossible de se brosser les dents, parce que les gencives, dès le début, saignaient abondamment (gingivite tartrique) que du reste son dentiste lui avait dit qu'il suffisait de se rincer la bouche après les repas (sic!) et qu'en outre, il lui avait défendu d'enlever l'appareil pour le nettoyer et pour cause : nous essayons nous-mêmes de le séparer du maxillaire, impossible de réussir malgré nos longues et délicates manœuvres; avec l'assentiment du porteur, ne pouvant dénouer cet inextricable écheveau, nous coupons la pièce en trois parties; ainsi s'explique la recommandation du dentiste de ne jamais enlever la pièce pour la nettoyer.

La résistance de cette pièce, assez faible quoiqu'augmentée par le tartre qui jouait en quelque sorte le rôle de ciment, n'était pas suffisante pour qu'elle eût une véritable utilité pour la mastication des aliments, de telle sorte que M. X... ingurgitait dans son estomac des parcelles alimentaires énormes, *avalait sans mâcher*, sans qu'il s'en rendit bien compte lui-même; quelques troubles gastriques l'avaient forcé à suivre un régime alimentaire et une thérapeutique spéciale qui, abandonnés et repris à intervalles éloignés, avaient laissé un état gastrique chronique entraînant deux ou plusieurs selles quotidiennes, des pesanteurs, des aigreurs quelquefois, etc. Néanmoins cet état pathologique chronique a acquis une acuité telle ces temps derniers, que le confrère qui nous l'avait envoyé avait été mis sérieusement en éveil par des nausées, des coliques et des selles fréquentes et avait dû prescrire le régime lacté exclusif avec prises quotidiennes de bicarbonate de soude, salicylate de bismuth et benzonaphtol et repos au lit.

Après tout ceci, la crise terminée, le malade très affaibli, non guéri évidemment, vient nous voir.

Il est facile de deviner que son infection gastro-intestinale (que nulle autre affection organique n'explique, le cancer, par exemple, bien naturel à son âge a été recherché avec un soin jaloux) est due à l'absorption continuelle pendant et en dehors des repas d'une salive chargée de produits microbiens de toute sorte et de résidus de fermentation putride stagnant dans la bouche.

Nous enlevons donc le dentier et ne le rendrons qu'après une sérieuse désinfection à l'étuve de cet objet d'odeur repoussante.

Nous prescrivons des lavages de bouche tièdes, très fréquents (toutes les quinze minutes) avec le gargarisme suivant :

Ac. phénique . . . . . 5 gr.
Hyd. de choral . . . . . 10 gr.
Alcoolat de menthe . . 10 gr.
Eau boriquée à 1 0/0 L. Q. S. pour un litre,

et nous recommandons au sujet de revenir le lendemain pour que nous terminions le nettoyage.

Le lendemain, très exact au rendez-vous, M. X... avoue l'extrême urgence et la grande utilité de notre intervention qui a sûrement amené une grande amélioration ; les quelques velléités de nausées qui restaient encore ont complètement disparu, le moral et le physique vont beaucoup mieux.

Trois jours après, le traitement interne institué par notre confrère rigoureusement maintenu par nous bien entendu, notre malade se sent complètement guéri; ceci prouve surabondammeni que l'hygiène prescrite et la suppression de la cause infectieuse ont mis rapidement en ordre l'estomac et l'intestin désorganisés depuis longtemps. M. X..., absolument enthousiasmé, nous prie de lui faire au plus tôt un appareil prothétique, amovible cette fois.

De cette observation typique nous pouvons tirer les deux conclusions suivantes d'un enseignement très grand pour le médecin, aussi bien que pour le dentiste ;

1° Une infection buccale par stagnation du tartre et des matières alimentaires peut entraîner une gastro-entérite assez grave pour donner lieu aux accidents inquiétants cités plus haut.

2°On ne doit jamais, pour n'importe quel motif, appliquer une pièce de prothèse dentaire inamovible, alors même que le sujet ne voudrait pas de plaque palatine par trop gênante; notre art a fait assez de progrès pour qu'on puisse en réduire le poids et le volume dans de grandes proportions ; nous nous réservons cependant de montrer la défectuosité de certains appareils (bridge-worth, etc.) qu'annoncent, sans fausse honte, les charlatans, parias de la profession, seuls capables de placer dans la bouche des appareils sans plaques, crochets ni ressorts !!!!! Dieu sait au prix de quels sacrifices de dents saines et en dépit des premiers éléments de l'hygiène buccale !

BIBLIOGRAPHIE

Leçons sur les maladies du système nerveux, par le professeur F. Raymond, médecin de la Salpêtrière, Recueillies et publiées par le Dr E. Ricklin : 3e *Série* (*année* 1896-1897. Paris, O. Doin, 1898.

Continuant le plan précédemment adopté par lui, M. le professeur Raymond aborde d'emblée et sans préambule, dans la 3e série de ses leçons, la question très importante des lésions superficielles du cerveau.

Il fait ressortir l'impuissance de la thérapeutique médicale et trace le rôle du chirurgien que l'antisepsie et l'asepsie rend facile sous la direction et le contrôle du médecin pour le diagnostic du siège et de la nature de la lésion.

Un premier exemple clinique vient à l'appui du dire du maître et le confirme. Je ne décrirai pas les épisodes pathologiques de ce cas curieux, on les lira dans le livre de M. Raymond ; ce que je puis dire, c'est que le diagnostic de tubercules solitaires avec plaques de méningite qui avait été porté n'a pas donné lieu dans l'espèce à une intervention chirurgicale qui serait allée, dans les conditions où était le malade, au-devant d'un échec certain.

Le rôle du médecin a donc eu ici son importance en ce que « la prudence est la mère de la sûreté ». Dans son deuxième cas qui présente, au point de vue des accidents jacksonniens, quelqu'analogie avec le précédent, le diagnostic du siège de la lésion fut fait, mais sa nature a échappée à l'appréciation médicale.

En présence de l'échec de la médication bromurée et de la recrudescence des accidents, M. Raymond confia à M. Chipault le soin d'intervenir. Ce chirurgien le fit par deux fois sans autre succès pourtant qu'une amélioration passagère.

On voit par là même combien est délicate, dans des cas semblables, la situation du médecin et aussi celle du chirurgien qui l'assiste.

Dans la 3e leçon, le professeur présente un exemple clinique d'une véritable tumeur de la zone rolandique vérifiée cette fois par l'autopsie. Ceux de nos lecteurs que l'examen histologique de cette tumeur pourront intéresser, je les renvoie au livre de M. Raymond, p. 36 et suivantes, avec figures. Puis viennent 3 autres cas de tumeur cérébrale, savoir : la 1re de la base du crâne ; la 2e de la région rolandique et la dernière du cervelet.

Il faut lire, dans le volume, ces intéressantes leçons que le défaut de place ne me permet pas de résumer, mais que je me propose de reproduire ultérieurement dans quelque revue. Dans le premier de ces cas, l'autopsie a confirmé le diagnostic porté sur le vivant.

Un autre cas de tumeur du cervelet a donné à M. Raymond l'occasion d'une belle leçon magistrale, p. 77, et de faire constater par ses auditeurs le résultat négatif de l'intervention chirurgicale qui n'a consisté du reste que dans une simple trépanation, étant donnée la localisation inabordable du néoplasme.

Une tumeur du centre ovale ayant donné lieu à une véritable hémianesthésie incomplète gauche, intéressant les trois manières d'être de la sensibilité, a fait l'objet de la 7e leçon, dans laquelle je note, en passant, l'importance symptomatologique des lésions des tubercules quadrijumeaux.

On trouvera dans cette leçon les raisons qui expliquent l'existence d'une ophtalmoplégie, lorsqu'elle existe (Nothnagel); tel n'était pas le cas de M. Raymond. De même les troubles auditifs, dont la fréquence a été signalée par Weinland, s'expliquent-ils dans les cas de tumeur des tubercules quadrijumeaux. Dans un autre cas de tumeur cérébelleuse — 8e leçon — M. Ray-

mond jugeant qu'une intervention chirurgicale était seule capable d'arracher le malade à la mort, a appelé à la rescousse M. Chipault qui, avec son habileté opératoire, a obtenu d'excellents résultats et confirmé tout à la fois, le diagnostic et le pronostic.

Puis viennent successivement deux cas de paralysie alterne. Le premier dû à un néoplasme tuberculeux, réfractaire à la thérapeutique ordinaire et injusticiable d'une opération en raison de la présence supposée de la tumeur sur la région bulbo-protubérantielle. Le deuxième se présentant dans des conditions à peu près analogues, mais avec l'hypothèse de deux foyers, l'un protubérantiel, l'autre bulbaire. Il faut lire dans l'auteur les considérations cliniques si remarquables qui justifient cette hypothèse.

La cinquième leçon est consacrée au vertige auriculaire; ce syndrome peut être d'origine réflexe et avoir son point de départ dans une irritation de l'oreille. Mais il peut être aussi un symptôme cérébelleux au même titre que l'ataxie et être indépendant de la surdité par compression du nerf acoustique (Dr F. J. Collet). Dans le cas de M. Raymond, il s'agissait d'un cas de vertige *ab aure lœsa*. Le malade était d'ailleurs un artério-scléreux chez lequel il y avait compression du labyrinthe et empoisonnement urémique.

Le malade était mort subitement d'une rupture du cœur, l'examen des centres nerveux a confirmé le diagnostic ci-dessus.

Dans un autre cas rapporté par le maître, c'était bien une tumeur de la zone rolandique qui avait donné lieu au vertige auriculaire. Il est curieux pour le praticien de comparer ces deux cas, et non moins curieux de constater une paralysie alterne causée par une tumeur bulbo-protubérantielle.

Cette réunion extraordinaire dans une même clinique de tumeurs du cerveau ou du cervelet a donné à M. Raymond l'occasion de consacrer quatre de ses plus belles leçons au diagnostic général topographique des tumeurs cérébrales. Ces leçons, enrichies de figures et de planches coloriées dues aux bons soins de l'éditeur, ne peuvent se lire avec fruit que dans le livre même. Elles sont suivies, comme complément indispensable, de la discussion de l'intervention chirurgicale dans tous les cas de tumeurs solides de l'encéphale par M. Chipault que M. Raymond avait invité à prendre la parole en son lieu et place (28 mai 1897).

Nous sommes arrivés à la leçon XVIIIe et à la page 329 du livre du livre, c'est-à-dire à près de la moitié de l'ouvrage.

Tout ce qui a été fait jusqu'ici pourrait former un volume sous le titre de Tumeurs de l'encéphale. Ce volume serait suffisant pour établir en France comme à l'étranger la notoriété de l'auteur.

Mais l'*œuvre de l'homme* est bien autrement considérable et cette troisième série de ses cliniques n'est encore que le prélude de travaux ultérieurs qui devrons forcément appeler sur la science française l'attention de tous les peuples civilisés.

Je serai bref sur le reste du livre, non que son contenu ne soit très important, mais parce que je ne puis abuser de la place que l'aimable directeur de la *France médicale* a bien voulu m'accorder.

Après avoir décrit la forme normale et les formes frustes de la maladie de Freidreich et établi le diagnostic différentiel de cette entité avec le tabes, la sclérose en plaques, l'ataxie cérébelleuse, l'auteur déclare le traitement purement symptomatique et accorde à la suspension quelques bons résultats. Le tabes juvénile et le tabes héréditaire forment la matière des 20e et 21e leçons. Dans les 22e et 23e, le professeur réunit cinq cas d'atrophie héréditaire de la papille et il démontre qu'il s'agit dans l'espèce d'une affection familiale. Une belle planche coloriée placée à la fin du volume montre les résultats de l'examen du fond de l'œil.

A ce sujet MM. Ricklin et Kœnig, collaborateurs de M. Raymond, ont proposé une explication basée sur l'arrêt, le retard du développement ou la malformation du sphénoïde, tare transmissible par hérédité et amenant la constriction du nerf optique à son passage dans le trou optique déformé et son atrophie consécutive.

Il ne pouvait échapper à l'esprit observateur de M. Raymond un cas de rigidité spasmodique des membres inférieurs et de rapporter cette rigidité à la maladie de Little.

C'était un cas analogue qui m'avait donné l'occasion de rompre une lance avec M. le professeur Van Gehuchten, de Louvain, au Congrès international de neurologie de Bruxelles, en 1897; ce professeur distingué, s'appuyant sur des raisons d'ordre purement anatomique, soutenait que dans la maladie de Little la rigidité spasmodique est toujours la conséquence d'un arrêt ou d'une insuffisance de développement des faisceaux pyramidaux, tandis que je soutenais la théorie de M. Raymond qui veut que, pas plus chez l'enfant que chez l'adulte, il n'existe une espèce morbide se manifestant par un ensemble de symptômes — ceux du tabes spasmodique ou de la maladie de Little — en rapport constant et obligatoire avec une dégénération primitive ou un arrêt de développement du faisceau pyramidal. C'est là le raisonnement d'un véritable clinicien et les exemples sont loin de manquer pour cette démonstration (p. 440-468).

Deux cas de maladie de Charcot à début bulbaire établissent les relations de la paralysie glosso-labio-laryngée, de l'atrophie musculaire progressive, avec la sclérose latérale amyotrophique.

Nous arrivons ensuite au syndrome de Brown-Séquard produit par une hémisection traumatique de la moelle. A ce sujet le maître se livre à un examen critique d'un certain nombre d'exemples d'hémisections traumatiques qui ont donné lieu à des syndromes différents suivant la hauteur où a été produite la section de la

moelle. De nombreux schémas facilitent l'explication du texte.

La maladie de Thomsen et la myélite spécifique forment la matière de la 30e leçon. Elle se termine par l'énumération des moyens de guérison employés, hélas bien inutilement, contre la maladie de Thomsen, car cette maladie est réputée incurable. Mais ne faut-il pas faire quelque chose pour le malade ? ce quelque chose ne lui laissât-il que l'espérance...

Dans la 2e série de ses *Leçons sur les maladies du système nerveux*, M. le professeur Raymond avait envisagé plusieurs cas de monoplégie ; nous retrouvons ici un cas de monoplégie du membre inférieur droit avec des schéma explicatifs, lequel se compliquait d'un érythème polymorphe. Le malade ayant succombé à la suite d'une eschare sacrée, l'examen histologique a permis de constater qu'on se trouvait en présence d'une altération du cône terminal, secondaire à des lésions primitives des racines de la queue de cheval. Des figures viennent à l'appui de cet examen.

La diplégie faciale fait l'objet de la 32e leçon. Le professeur discute la conduite à tenir dans des cas semblables.

Un cas de polynévrite subaiguë à marche extensive donne lieu à des considérations analogues au point de vue du traitement. Dans l'espèce et vu les symptômes cliniques énumérés dans l'observation, le traitement a été dirigé à la fois contre l'albuminurie, l'intoxication intestinale et la polynévrite.

Quant au pronostic il est de la dernière gravité, aussi le malade a-t-il succombé et, là encore, le double examen macroscopique et microscopique a-t-il permis d'affirmer l'état avancé de la polynévite et la transformation scléreuse des nerfs, ainsi que l'existence de lésions cellulaires dans toute la hauteur de la substance grise de la moelle épinière.

Un cas de névrite apoplectiforme suivi d'un cas de sclérodermie a donné lieu à deux leçons très remarquables. Dans la dernière surtout, le maître s'est efforcé d'établir les rapports qui existent entre la sclérodermie et les altérations de la glande thyroïde, desquels il résulte que le goître exophtalmique et même le goître simple peuvent être suivis de l'apparition de la sclérodermie.

Enfin la 36e et dernière leçon nous donne l'exemple clinique de deux cas d'hystérie chez l'homme ; le premier, se traduisant par une monoplégie brachiale se rattachant à un traumatisme ; le deuxième, étant un cas également traumatique ayant produit chez un émotif une monoplégie du membre inférieur gauche.

Sans doute les cas d'hystérie mâle ont été mis en lumière depuis longtemps par Charcot, mais, dans l'espèce, M. Raymond s'est attaché à démontrer à ses auditeurs que l'hystérie chez l'homme, plus rare que chez la femme, est aussi plus difficile à guérir. Il donne les moyens thérapeutiques à employer contre ces monoplégies et il termine ce nouveau volume par des considérations historiques sur l'hystéro-traumatisme.

Nous espérons que non seulement les neurologistes enrichiront leurs archives de ce livre de tous points remarquable, mais, aujourd'hui que la neuropathologie a pris une place si importante dans la pratique médicale, qu'il figurera avec honneur et profit sur toutes es tables de travail des praticiens français et étrangers.

E. Verrier.

REVUE DE LA PRESSE

Contribution à la question du mariage des tuberculeux. — Le Dr Van Ysendick (*Deutsche med. Zeit.* n° 80 1898, a étudié la question du mariage des tuberculeux d'après les observations qu'il a recueillies au sanatorium de Hohenhonnef. Il est très important de pouvoir répondre à la question posée par un tuberculeux : puis-je me marier ? Le travail de notre confrère pourra servir de base, car il embrasse 52 observations détaillées.

On doit d'abord défendre le mariage à un individu tuberculeux lorsque la maladie présente encore des phénomènes actifs. S'il s'est produit depuis un certain temps une guérison relative, le mariage peut être permis. S'il existe un état stationnaire toutefois avec tendance à des poussées, le malade doit avoir la possibilité de mener une vie régulière en s'astreignant à une hygiène rigoureuse. Il fant qu'il puisse vivre comme son état l'exige. Pour la femme les conséquences du mariage peuvent être dangereuses. La grossesse, l'accouchement, l'allaitement, l'éducation de l'enfant exigent une dépense considérable des forces de l'organisme féminin, au point que la tuberculose en reçoit souvent un coup de fouet. Le pronostic devient très sérieux si la tuberculose se produit au cours de la grossesse. Il en est de même lorsque d'anciennes lésions sont réveillées par une grossesse. L'état s'aggrave alors rapidement après l'accouchement. 54 0/0 des femmes dans ces conditions succombent à la tuberculose d'après l'auteur. Parmi cette catégorie de malades, 61.5 0/0, présentaient une tare héréditaire, fait qui indique ici l'importance de l'hérédité. Il faudra donc défendre le mariage à une femme lorsque le processus tuberculeux ne sera pas éteint depuis longtemps. Il en sera de même pour une jeune fille chlorotique offrant une tare héréditaire, tant que les signes de la prédisposition n'auront pas disparu à la suite d'un traitement prophylactique.

L'auteur a montré ensuite ce que doit être le tuberculeux dans le mariage lorsque la guérison s'est produite ou qu'un arrêt est survenu dans l'évolution de la maladie. En générale la santé reste satisfaisante lorsque la guérison relative est survenue et que le candidat au mariage a attendu plusieurs années. Les rechutes

sont au contraire fréquentes chez la plupart des malades qui se sont mariés avant leur guérison, alors que leur état était stationnaire.

Quant aux femmes tuberculeuses avant leur mariage et à celles qui présentent une disposition héréditaire, il faut laisser écouler au moins un intervalle de deux ans entre chaque grossesse. Elles devront aussi renoncer à nourrir et faire une longue cure d'air après chaque grossesse. Il est consolant qu'un phtisique guéri ne puisse plus infecter sa femme et ses enfants ; lorsqu'une contagion survient c'est qu'un des conjoints n'était pas guéri. Si le malade prend toutes les précautions nécessaires pour éviter de propager l'infection, il ne sera jamais un danger pour sa famille. La prédisposition transmise par un phtisique à sa descendance peut être complètement détruite par une éducation hygiénique. L'état dans lequel se trouvent les parents au moment de la conception a une grande importance au point de vue de l'hérédité morbide. On sait, d'un autre côté, que l'état de veuvage constitue une prédisposition à la tuberculose. L. J.

Valeur diagnostique et pronostique des cellules éosinophiles dans l'expectoration — M. Tichmuller (*Deutsche med. Zeitung*, 80. 1898), après des remarques sur la présence et la valeur des cellules éosinophiles, a donné les résultats qu'il a obtenus de l'examen systématique d'un grand nombre d'observations. La technique de l'examen est extrêmement simple et se trouve à la portée de tout praticien. On étend sur le porte-objet une parcelle de crachat, on dessèche et on fixe à la flamme, puis on place la préparation pendant 3 minutes dans une solution alcoolique à 0,5 0/0 d'éosine. On lave à l'eau, et on laisse pendant une minute dans une solution concentrée aqueuse de bleu de méthylène. Les cellules éosinophiles seules prennent l'éosine et se détachent ainsi nettement.

Tichmuller a recherché l'état des cellules éosinophiles dans un grand nombre de maladies des voies respiratoires. La recherche des cellules donnera des indications surtout dans l'asthme et la tuberculose pulmonaire. La présence des cellules éosinophiles dans les crachats de l'asthmatique est connue depuis longtemps, le plus souvent le diagnostic de l'asthme peut se faire par la présence des spirales, ce qui est insuffisant, car on trouve ces spirales ailleurs que dans l'asthme qui peut aussi exister en l'absence de ces formations. L'expectoration de ces derniers malades qui sont considérés comme atteint de bronchite chronique, de phtisie au début, de neurasthénie, etc. est rare, muqueuse, peu visqueuse et renferme beaucoup de cellules éosinophiles et même de granulations éosinophiles extra cellulaires. Hoffmann a considéré cette affection comme étant de l'asthme rudimentaire ou un catarrhe éosinophile. Cet asthme a peu de tendance à se transformer en asthme typique. Les symptômes et les résultats de l'examen physique ne sont pas tellement tranchés qu'ils puissent suffire au diagnostic en l'absence de l'examen caractéristique des crachats.

Chez les phtisiques, il se passe plusieurs mois avant qu'on puisse trouver les bacilles tuberculeux ; la présence constante de cellules éosinophiles indique les efforts de l'organisme pour lutter contre une infection. Lorsque les bacilles apparaissent, les cellules éosinophiles disparaissent ou diminuent de nombre. On pourra s'apercevoir aussi par un traitement effectif que le nombre des cellules éosinophiles augmente tandis que celui des bacilles diminue. Le pronostic est toujours défavorable lorsque les cellules éosinophiles manquent en présence des bacilles. L'examen de l'expectoration tuberculeuse à ce point de vue n'est donc pas inutile ; il donne une mesure objective pour juger de la force de résistance du malade, pour juger aussi de la valeur d'un traitement. L. J.

Eczéma chronique des mains, par le Dr A. Morelle. — Tous les médecins connaissent la difficulté que l'on a de guérir certains eczémas chroniques des mains. Cependant ce traitement a une très grande importance ; car presque toujours nous rencontrons comme cause occasionnelle une irritation due à la profession, et il devient parfois nécessaire de défendre à un malade l'exercice d'un métier qui est son seul moyen d'existence.

Dans ces inflammations chroniques trois éléments surtout sont à combattre : la sécheresse, l'épaississement et la congestion de la peau. Aussi, à part certains cas où une intervention thérapeutique active est suivie d'une poussée aiguë de la maladie, on doit avoir recours à des agents énergiques. Ainsi dans les cas où l'hyperkeratose est prononcée, on emploie une graisse où le savon vert et l'acide salicylique entrent en diverses proportions. Pour combattre la sécheresse, il est utile — dans certains cas cela est nécessaire — de recouvrir la main par dessus la couche de pommade d'une enveloppe imperméable (pansement au gutta-percha, gants de caoutchouc). Enfin lorsque c'est surtout la congestion de la peau qui joue le rôle principal, on doit employer prudemment les agents réducteurs ; l'acide chrysophanique, sous ce rapport, nous a souvent rendu de grands services.

Mais il est un point important du traitement qui a souvent été signalé, et qui vient d'être plus particulièrement mis en lumière par Unna (*Monatshefte fur praktische Dermatologie*, XXVI, p. 547). C'est l'influence défavorable qu'exercent sur la peau les lavages pratiqués le matin et pendant la journée. Par là, en effet, on enlève les parties grasses qui protègent la couche cornée, celle-ci se fendille, et les fissures non seulement occasionnent une douleur qui augmente l'hypérémie, mais encore deviennent la porte d'entrée pour la poussière et les autres agents irritants. Dès lors, on doit prendre pour règle de ne procéder au lavage des mains que le soir ; le lavage doit être énergique et complet pour les

parties non atteintes; on procède plus doucement pour les endroits eczémateux ; puis, *immédiatement après*, on fait le pansement qui doit rester toute la nuit. Le matin, le malade au lieu de se laver les mains les essuie simplement de façon à y laisser une couche de graisse qui sert d'enduit protecteur. Si pendant la journée le lavage des mains devient absolument nécessaire, il faut de suite les enduire d'un corps gras dont on enlève l'excédent en les essuyant. Le mélange préconisé par Lassar pour les eczémas des mains des chirurgiens (huile d'olive, glycérine, lanoline, vaseline, etc.) peut très bien convenir à cet effet.

« La suppression du lavage matinal, dit Unna, suffit à amener la guérison de la plupart des eczémas des mains. Naturellement on doit faire une exception pour ceux qui surviennent chez les lavandières ou les servantes ; mais ici aussi j'ai observé que le véritable agent nocif n'est pas tant le contact avec l'eau chaude et le savon que le dessèchement consécutif de la peau exposée à l'air et à la poussière. Si donc, dans les intervalles du travail, on emploie les corps gras, si immédiatement à la fin de la journée on fait le pansement définitif, on peut encore obtenir de bons résultats. » (*Annales de l'institut chirurgical de Bruxelles*).

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Présidence de M. Jaccoud. *Séance du* 31 *octobre* 1898. —

Traitement chirurgical de l'otite chronique sèche par l'évidement pétro-mastoïdien avec tubage de l'oreille moyenne. — M. Malherbe. J'ai été amené à modifier le procédé d'évidement pétro-mastoïdien, que j'emploie contre l'otite moyenne chronique sèche, et que j'ai communiqué à l'Académie en 1897.

J'ai conservé les temps suivants : incision des téguments et du périoste dans le sillon rétro-auriculaire; décollement de ce périoste et refoulement du pavillon en avant ; attaque de l'antre au lieu d'élection à la gouge et au maillet; agrandissement de l'aditus à l'aide d'une mèche et d'une fraise, de manière à faire communiquer cette cavité avec la caisse ; libération des osselets au moyen de rugines tranchantes à courbure spéciale introduites par l'aditus.

Une fois l'évidement osseux terminé, j'incise sur une sonde cannelée la paroi postérieure du conduit auditif membraneux et d'un coup double de ciseaux j'en résèque les angles de façon à produire une ouverture suffisante : prenant alors un tube en U en celluloïde pur, de la grosseur n° 15 de la filière Charrière, et qui a été préalablement stérilisé, j'en introduis une extrémité dans la cavité de l'antre. La concavité du tube vient emboîter exactement le bord antérieur osseux de l'apophyse. Je ramène ensuite le pavillon en place en faisant pénétrer l'autre branche du tube dans l'ouverture faite au conduit membraneux, en ayant soin que l'extrémité qui est taillée en biseau aux dépens du côté convexe, affleure au niveau de la paroi postérieure du conduit, sans toucher à l'autre paroi, ni obstruer la lumière.

L'opération se termine par la réunion immédiate du pavillon au moyen de six à sept points de suture au crin de Florence.

J'ai pratiqué quatorze fois l'évidement pétro-mastoïdien avec tubage. Mon premier opéré par ce procédé date du 4 mai 1898. Chez tous la cicatrisation est absolument complète et le tube a toujours été parfaitement toléré.

Après l'évidement simple il arrivait parfois que, par suite d'une inflammation de la muqueuse tubaire, l'audition était fâcheusement influencée, momentanément, il est vrai, mais cet état n'en constituait pas moins une gêne manifeste pour le malade. Avec le tubage, au contraire, cet inconvénient n'est plus à craindre, car il ne peut plus se produire d'augmentation de la pression intra-auriculaire capable de diminuer les vibrations sonores; aussi l'acuité auditive reste-t-elle toujours la même.

Traitement des anévrysmes par la gélatine. — M. Laborde. Les données de la physiologie permettent de se rendre compte de l'action coagulante de la gélatine. Les gélatines ne sont pas solubles et, dans le liquide employé par M. Lancereaux pour ses injections, la gélatine est en suspension. Les particules ainsi introduites sont difficilement absorbables, et produisent facilement des coagulations dans les vaisseaux. On conçoit que ces coagulations se fassent non pas exclusivement dans la poche anévrysmale, mais un peu partout, comme M. Huchard l'a signalé dans la précédente séance. C'est là le danger de la méthode. Pour y parer il conviendrait de faire l'injection dans la poche ou dans les environs.

Du massage de la région de la vésicule biliaire dans certains cas de constipation rebelle — M. Georges Berne. Le massage de la région hépatique, portant sur la *vésicule biliaire* et l'appareil excréteur de la bile, peut être d'un utile secours dans le traitement de la constipation rebelle. Le massage restreint à la région hépatique peut suffire à amener la guérison chez les sujets atteints de constipation d'*ordre cholestatique*. C'est un perfectionnement apporté au massage abdominal. Il a cet avantage de pouvoir être exercé chez les sujets qui ne pourraient être soumis à un massage de la totalité de l'appareil intestinal (par exemple, chez les sujets porteurs d'une tumeur abdominale, etc.); le massage de la région hépatique ne reconnaît comme contre-indication que la lithiase biliaire, un état inflammatoire, ou bien une tumeur de la région. En dehors de ces conditions défavorables, on pourra utilement l'appliquer au traitement des malades chez lesquels on soupçonne une insuffisance de l'excrétion de la bile quelle qu'en soit la cause.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 28 *octobre* 1898. — *Présidence de* M. Sevestre.

Sur un cas de délire salicylique. — M. Rendu rapporte une observation de délire provoqué par le salicylate de soude dans des conditions qui rendaient le diagnostic particulièrement difficile.

Une femme de trente ans arrive à l'hôpital en pleine attaque de rhumatisme articulaire aigu, sans complication cardiaque, avec une fièvre intense : c'était un rhumatisme articulaire type, avec des urines normales comme qualité

et comme quantité : il n'y avait pas trace d'albumine ni d'indican. Aussi la médication salicylée fut-elle instituée (0 gr. de salicylate de soude par jour, par doses fractionnées).

Le lendemain, soulagement très marqué, cessation des douleurs, chute de la température ; le salicylate est continué à la même dose. A huit heures du soir, brusquement, sans prodromes, la malade est prise de frissons, puis d'un délire violent avec hallucinations de la vue et de l'ouïe ; l'interne de garde croit à un rhumatisme cérébral.

La nuit est très agitée ; le matin, la malade est trouvée par M. Rendu en état de manie aiguë, avec 38°, pouls à 110, pupilles inégales plutôt contractées, et urines extrêmement peu abondantes, fortement albumineuses et chargées d'indican. Il n'y a, du reste, ni céphalée, ni prostration.

Le diagnostic de rhumatisme cérébral est écarté à cause du manque d'hyperthermie et de la tendance au myosis. On reste hésitant entre les hypothèses d'urémie et de délire salicylé ; il faut noter que la malade n'avait pris, en somme, que 12 gr. de salicylate en deux jours, qu'elle n'avait eu, à aucun moment, de signes prémonitoires d'intolérance.

Le salicylate est immédiatement supprimé, la malade est baignée toutes les quatre heures à 32° et soumise au régime lacté absolu.

A partir de ce moment le délire s'est atténué progressivement, laissant après lui, pendant quelques jours, une perte complète de la mémoire ; les urines sont peu à peu redevenues normales (disparition de l'oligurie, de l'indican, puis de l'albumine), en même temps quelques douleurs articulaires réapparaissaient et la langue se dépouillait comme dans une scarlatine.

Cette observation de délire salicylique est remarquable par les particularités suivantes :

1° Les accidents nerveux sont survenus brusquement sans prodromes.

2° Ils ont coexisté avec des désordres urinaires évidemment dus au salicylate de soude ; ce médicament, qui détermine ordinairement une diurèse abondante, a donc été au delà de son action excitante sur le rein, et irrité l'organe à tel point que le diagnostic d'urémie a paru vraisemblable le premier jour ; dès le lendemain, d'ailleurs, ce diagnostic a pu être écarté, celui de délire salicylé devenant certain de par l'évolution des accidents ;

3° Rien, dans le passé de la malade, ne pouvait faire soupçonner une idiosyncrasie de cette nature : cette femme n'était ni une hystérique, ni une détirante, ni une névropathique, ni une alcoolique, ni une rénale. M. Rendu a vu, une autre fois, le salicylate provoquer le délire, bien que la dose ingérée fût infime (0,15) ; mais il s'agissait dans ce cas d'une névropathe avérée.

M. Achard a constaté que, dans les cas où le salicylate est mal supporté au cours du rhumatisme articulaire aigu, la perméabilité rénale est, en général, diminuée, bien que les urines puissent paraître tout à fait normales à l'examen habituel.

Thromboses cardiaques multiples au cours d'une grossesse chez une femme atteinte de rétrécissement mitral. — M. Siredey vient d'observer, chez une femme enceinte atteinte de rétrécissement mitral, une série de crises de dyspnée intense qui ne peuvent être rapportées qu'à des infarctus dus à des embolies parties du cœur droit.

Cette femme est arrivée dans le service avec des troubles cardiaques sérieux (arythmie, tachycardie extrême), des phénomènes de suffocation et une hémoptysie ; l'auscultation révélait un foyer de congestion pulmonaire (la suite a montré que c'était un infarctus).

Sous l'influence du repos les troubles s'atténuent, quand un jour, à l'occasion de la simple auscultation des bruits du cœur fœtal, surviennent brusquement des accidents effrayants (asphyxie avec cyanose, état syncopal, même état de mort apparente). Le lendemain, un foyer soufflant était trouvé à l'auscultation du poumon. C'était absolument la symptomatologie des grandes embolies pulmonaires.

La malade se remit assez bien de cette crise, quand, un mois plus tard, sans cause provocatrice apparente, des accidents du même ordre plus intenses ou en tous cas plus prolongés que les précédents, se manifestèrent de nouveau ; pendant trois jours la malade resta presque en état de mort apparente ; elle ne fut sauvée que grâce à des soins assidus et persévérants.

Un point essentiel à noter, c'est qu'à ce moment le fœtus, jusqu'alors bien portant, cessa de remuer ; il fut bientôt certain qu'il était mort. Mais la malade était dans un tel état, qu'on n'osa pas intervenir. M. Tissier conseilla l'expectation et la malade garda le fœtus mort dans l'utérus pendant soixante-trois jours, alors seulement elle accoucha spontanément, sans incidents, sans troubles ultérieurs, sans infection.

Ce fait est déjà intéressant par lui-même, étant donné la longue durée pendant laquelle le fœtus macéré fut toléré par l'utérus. Ce qui ne l'est pas moins, c'est qu'à partir du moment où le fœtus cessa de vivre, les accidents cardiaques et pulmonaires rétrocédèrent complètement ; l'état de subasystolie, qui était permanent, disparut définitivement, et aucune embolie nouvelle ne se manifesta.

Quel a été le mécanisme de ces accidents pulmonaires ? M. Siredey les a trouvés absolument analogues à ceux que provoquent les grandes embolies, et il pense que l'on doit incriminer, sans doute, des coagulations formées spontanément dans l'oreillette droite de cette femme atteinte de rétrécissement mitral et en état de subasystolie.

M. Troisier se rattache également à l'hypothèse de thrombose cardiaque.

MM. Rendu et Hirtz pensent, au contraire, qu'il s'est probablement agi d'apoplexies pulmonaires.

Infantilisme myxœdémateux. — M. Thibierge présente un homme de trente-trois ans, dont la taille (1 m. 30) et le développement général sont ceux d'un enfant de treize ans environ ; les testicules et la verge sont extrêmement petits et ne dépassent pas le volume de ceux d'un enfant de trois ou quatre mois ; il n'y a aucune trace de poils aux organes génitaux ; le bassin a la configuration féminine. La voix est grêle. Le visage ne présente pas trace de barbe. C'est, en un mot, un type d'infantilisme. Or, cet infantile est un myxœdémateux fruste ou du moins peu accentué. Le visage, d'aspect vieillot, est pâle, légèrement jaunâtre, les téguments flasques, un peu infiltrés. La partie supérieure des bras, la partie supérieure du tronc, la paroi abdominale sont le siège d'une infiltration mollasse, que l'on retrouve également à un degré faible sur le dos des mains ; son corps thyroïde est rudimentaire. Au point de

vue intellectuel, l'arrêt de développement est aussi complet qu'au point de vue physique : le sujet n'a jamais pu apprendre à lire ; il sait compter, faire des additions simples et multipiier entre eux les premiers nombres. Il est d'un caractère plutôt calme, mais sujet à des emportements violents. Il est incapable d'un travail quelconque, passe ses journées à regarder des images, à fumer la pipe et à chiquer.

M. Leclerc (Saint-Lô) envoie un mémoire sur une épidémie d'œdèmes périphériques segmentaires survenus chez des jeunes gens en dehors de toute albuminurie ou de cardiopathie : il les considère comme des œdèmes infectieux, des formes frustes de grippe.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 novembre 1898. — Présidence de M. Berger.

Contusions de l'abdomen. — M. Nimier. Six blessés d'un coup pied de cheval à l'abdomen entrés au Val-de-Grâce ont tous guéri, après une laparatomie. Je crois donc qu'il faut attendre un ensemble symptomatique qui révèle une lésion intestinale, pour faire l'ouverture de l'abdomen.

Intervention directe sur le cœur. — MM. Hallion et Tuffier exposent leurs recherches sur le temps nécessaire pour que la reprise des contractions du cœur, après arrêt complet du cœur, puisse se faire, sous l'influence de la compression rythmée des ventricules, après la syncope cardiaque embolique post-chloroformique.

Chez un jeune homme atteint d'appendicite suppurée, après intervention survint, le 5e jour, une syncope avec arrêt du cœur et de la respiration, et mort apparente des plus précises. Après tous les moyens restés infructueux et classiques, j'ai fendu le 3e espace, j'ai pu faire la compression rhythmée du cœur, le malade est revenu à lui, puis est retombé en syncope et a succombé après deux nouvelles tentatives.

M. Bazy. Il y a six ans, ce moyen, à ma mémoire, a été employé par un auteur dont je ne me rappelle pas le nom et avec autant d'insuccès.

M. Tuffier. Du reste, je le sais, c'est le moyen qui, de tout temps a été employé par les physiologistes pour ranimer les animaux syncopés par la chloroformisation.

Luxation de l'épaule non réduite. — M. Hennequin, à propos d'un malade dont l'observation a été donnée par M. Delagenière, rappelle l'histoire d'un malade atteint d'une double luxation de l'épaule, qu'on ne put de suite réduire et qu'il put réduire au bout de six semaines par les moufles sans le chloroforme.

Il faut tenir grand compte de diverses circonstances que l'on considère toujours comme accessoires : le sexe, l'âge, la profession et l'ancienneté de la luxation.

Il y a parfois des résistances insurmontables, qu'il faut tenter de vaincre par des mouvements communiqués avant, pendant et après la réduction.

Occlusion intestinale chez une femme enceinte de cinq mois. Laparotomie. Guérison. — M. Schwartz fait un rapport sur une observation adressée par M. Témoin (de Bourges). C'est après cinq jours d'occlusion que la laparotomie est faite, et montre une sérosité avec empâtement de la grande cavité puis en arrière de l'utérus, on trouve une bride péritonitique qui étrangle l'iléon. Celle-ci sectionnée, l'obstacle est libéré. Dans la nuit suivante, fausse-couche, puis les vomissements cessent et la malade guérit.

Etude thérapeutique et clinique sur le cancer de l'S iliaque. — M. Quénu. L'S iliaque peut se diviser en trois régions, ilio-pelviennes, sigmoïdes et recto-sigmoïdes. Il y a des symptômes fonctionnels communs qui sont des arrêts de matières intermittents, puis des rétentions de gaz. Il y a arrêt des matières, d'où une douleur spéciale et une douleur fixe due à des brides d'adhérences, des péritonites locales.

Il existe aussi une diarrhée tenace, rebelle. Les hémorragies sont très inconstantes.

Le cancer de la région recto-sigmoïde, occasionne plus que tous du ténesme et est facilement accessible ; en somme, il donne les signes du cancer du rectum.

Dans le cancer de la partie iléo-pelvienne, on sent une tumeur accessible au niveau de la fosse iliaque. Mais dans la partie sigmoïde, le siège est des plus variable, et rend le diagnostic presque toujours impossible.

La palpation abdominale ne donne guère de résultat que chez les sujets maigres, et souvent on ne découvre la tumeur qu'après l'ouverture du ventre. Et souvent il est trop tard quand la tumeur peut être perçue, et dans presque tous les cas, les ganglions sont envahis, ainsi que toute l'enveloppe péritonéale. Aussi ne faut-il pas attendre la présence de la tumeur pour proposer la laparotomie exploratrice.

L'existence de troubles fonctionnels, et l'impuissance du traitement médical doivent suffire pour engager à pratiquer l'incision exploratrice.

Le colectomie avec entérorrhaphie circulaire ne peut être appliquée que dans le cancer supérieur.

L'opération de Reybard sera applicable au cancer de l'anse sigmoïde et pelvienne.

Si la colorrhaphie est impossible, faut-il songer à l'anus lombaire ? Je ne le pense pas.

L'opération de Magdelung est l'opération de choix pour les tumeurs inférieures et moyennes, si l'on peut lier complètement le bout inférieur.

Résection du grand sympathique dans le traitement du goître exophthalmique. — Observation lue par M. Jonnesco.

F. Verchère.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ELECTROTHÉRAPIE

Séance du 21 octobre. Présidence de M. Apostoli

Thérapeutique de l'obstruction des conduits lacrymaux. — M. Tripier, après avoir rappelé ses tentatives avec Desmarres pour substituer la chimicaustie à la dilatation, dans les conduits lacrymaux, comme il avait fait pour l'urèthre, renonça vite à cette opération et se montra très partisan de l'ouverture artificielle du sac lacrymal pour pénétrer dans le canal nasal dont les affections seraient le

point de départ le plus habituel des obstructions ou catarrhes des premières voies.

Il renonce à peu près aujourd'hui à ce plan de traitement pour faire des fosses nasales la base d'opérations dans le traitement des conduits lacrymaux ou du sac. Extérieurement, il attaquait le sac par la faradisation. Du côté des narines, il a recouru à la voltaïsation caustique contre les végétations polypeuses, à la voltaïsation non caustique et au souffle franklinien contre les états inflammatoires divers, aux pulvérisations iodurées ou sulfureuses dans les cas où les états ci-dessus reconnaissent une origine diathésique.

Parti de tentatives pour remplacer l'incision des conduits lacrymaux par une opération équivalente, il s'est trouvé conduit à renoncer à son opération et à proscrire en même temps celle de Bowmann, qu'il accuse, après avoir paru rationnelle, d'être devenue quelque peu machinale et sans objet utile.

Application des courants de haute fréquence dans un cas de luxation de l'épaule. — Le Dr Sudnik, de Buenos-Ayres, a eu l'idée d'employer les courants de haute fréquence pour une luxation de l'épaule du type intra-coracoïdien, qu'il s'était faite dans une chute. Les procédés employés habituellemont pour la réduction ayant échoué, il fit plusieurs applications des courants de haute fréquence (une plaque sur le deltoïde et l'autre sur le poignet). C'est pendant une de ces applications que la tête humérale put être réduite, grâce à la sédation de la douleur et à la résolution musculaire ainsi obtenues. Ce qui amène le Dr Sudnik à formuler les conclusions suivantes : 1° Les courants de haute fréquence ont une action anesthésique indiscutable. 2° Les courants de haute fréquence ont une action sur la contracture d'origine traumatique.

CONGRÈS DE GYNÉCOLOGIE

Marseille, 15 *octobre* 1898.

Nature et traitement de la rétroversion utérine. — Un procédé de vagino-fixation.— M.L.Gustave Richelot (de Paris). Beaucoup de chirurgiens ont abusé des opérations destinées à redresser l'utérus rétrodévié, et ne prévenant contre la récidive qu'à la condition de donner à l'utérus une position forcée et de créer soit de nouvelles douleurs, soit des obstacles au libre cours de la grossesse et de l'accouchement. D'autres auteurs, réagissant contre cette tendance, attachent peu d'importance à la rétrodéviation et ne veulent tenir compte que des lésions concomitantes, métrite, relâchement périnéal, salpingite, etc. Ils proscrivent le redressement opératoire, l'hystéropexie, soit par le vagin, soit par l'abdomen. Ils accordent cependant qu'il est bon de fixer l'utérus dans une position normale, mais se bornent à l'emploi du pessaire et de la ceinture hypogastrique.

Il y a des cas, sans doute, où la déviation n'est qu'un épiphénomène sans importance au milieu des lésions infectieuses de la cavité pelvienne. Mais il y a aussi des rétroversions indépendantes, qui méritent d'être traitées pour elles. Elles surviennent chez les arthritiques nerveuses ; elles ont pour cause, même en l'absence de toute distension produite par la grossesse et l'accouchement, même chez les vierges, le relâchement des tissus fibreux et en particulier des ligaments utérins. L'utérus dévié est en même temps congestionné et névralgique ; il est en l'absence de toute infection surajoutée et parce que la malade est une arthritique nerveuse ; d'autre part, la congestion et la douleur sont entretenues par la position vicieuse, les troubles vasculaires qui en résultent, la flexion au niveau de l'isthme, les compressions anormales. Or, souvent la réduction fait cesser, comme par enchantement, tous les troubles. Il y a donc un traitement de la rétroversion, il y a des rétroversions qu'il faut réduire, et il vaut mieux chercher à perfectionner les moyens efficaces que d'en nier la valeur.

La question ainsi posée, le traitement de la rétrodéviation utérine se compose de trois termes : (*a*) Pessaire et ceinture abdominale. (*b*) Massage utérin. (*c*) Hystéropexie. La ceinture n'est qu'un utile auxilliaire. Le pessaire peut être efficace dans les cas simples, mais il est illusoire ou impossible chez beaucoup de femmes. Le massage est infiniment supérieur, il rend de grands services. Il amène la décongestion de l'utérus et la réduction spontanée ; il triomphe d'adhérences légères : il convient aux cas d'étiologie complexe où l'infection joue un rôle, en provoquant, dans le tissu utérin, des modifications nutritives que le traitement chirurgical de la métrite a pu laisser inachevées. Mais il est d'une application délicate, quelquefois impossible, et il ne met pas toujours à l'abri des récidives.

Le traitement opératoire mérite notre confiance et ne doit pas être abandonné comme on l'a dit. La première condition, c'est de ne pas opérer un utérus trop malade, et de guérir d'abord la métrite si elle existe ; on peut cependant réserver, pour le jour même de l'hystéropexie, une opération sur le col ou sur les ovaires polykystiques. L'hystéropexie abdominale est une excellente opération, qu'on a trop calomniée. Elle favorise la conception et guérit un bon nombre de femmes. Les accidents pendant la grossesse, les présentations vicieuses et les dystocies sont le résultat d'une mauvaise technique, de la fixation du fond de l'utérus, car l'utérus gravide se développe surtout par son fond, et, pour qu'il ne soit pas gêné, il faut placer les fils exclusivement sur la face antérieure, au-dessous des orifices tubaires.

De même pour l'hystéropexie vaginale. Les procédés de Dührssen et de Mackenrodt assurent contre la récidive, mais ils sont responsables de nombreux accidents pendant la grossesse et à terme : c'est qu'ils sont excessifs, donnent à l'utérus une position forcée, l'enclavent sous la vessie, et emprisonnent le fond de l'organe. Avant tout, le fond doit rester libre.

Voici comment M. Richelot propose de simplifier et d'améliorer la vagino-fixation.

Le col est attiré à la vulve au moyen d'une pince à traction. Le cul-de-sac antérieur du vagin est incisé transversalement, et on s'achemine avec précaution vers le cul-de-sac péritonéal, qui, à son tour, est largement ouvert. On peut alors explorer le petit bassin, détacher quelques adhérences, etc. ; puis on procède à la fixation. Les parois vaginales étant écartées, on voit dans la plaie du cul-de-sac antérieur la surface péritonéale de l'utérus. L'organe, saisi avec une pince-érigne à deux centimètres au-dessus de l'isthme, est attiré en avant, tandis qu'on ôte la pince à traction pour laisser le col se porter en arrière. L'utérus

bascule et s'applique dans l'aire de la plaie vaginale, mais son fond reste caché. Il est bien entendu qu'on laisse le fond libre, qu'on ne l'insère pas dans la plaie, qu'on ne cherche pas à le voir. Alors, prenant dans une pince à disséquer la lèvre supérieure de l'incision, dans sa moitié gauche (à droite de l'opérateur), et à quelque distance de la ligne médiane, on y enfonce l'aiguille courbe ; on la fait cheminer transversalement dans la paroi antérieure de l'utérus, et sortir symétriquement dans la moitié droite de la même lèvre. Un premier fil (toujours du catgut) est ainsi placé. Il faut songer à ne pas blesser la vessie. Le trajet intra-pariétal de l'aiguille doit être à bonne hauteur, c'est-à-dire au-dessous de la région des cornes utérines, de manière à laisser le fond libre, tout en permettant d'échelonner deux autres fils au-dessous du premier. Le second et le troisième sont placés de la même façon, au-dessus de l'isthme, bien entendu. En serrant les trois fils on obtient une plaie verticale et médiane. Il reste à achever la réunion par quelques points de suture.

Le cul-de-sac vésico-utérin est supprimé et la surface utérine d'adhésion est unie au vagin lui-même dans toute sa hauteur. Elle n'est pas unie à la vessie et ne lui demande rien ; il ne s'agit, à aucun degré, d'une vésico-fixation. Elle est à peu près la même que dans l'hystéropexie abdominale, et doit avoir la même solidité. La seule différence est que l'utérus conserve sa place naturelle dans le petit bassin.

CORRESPONDANCE

CAVEANT CONSULES.

Mon cher ami,

Ayant eu l'honneur d'exposer la première fois dans votre journal, à propos de l'impôt basé sur les signes extérieurs de la richesse, proposé jadis par Burdeau, les justes réclamations du corps médical, je viens vous demander la permission de reprendre ma première thèse à propos du projet présenté par M. Peytral. Par ce projet, en effet, si nous n'y prenons garde et s'il est voté tel qu'il est par le Parlement, les intérêts du corps médical seront gravement lésés.

Le revenu de chaque contribuable est basé sur sa valeur locative :

1° Or le médecin, pour l'exercice de sa profession, est toujours forcé d'avoir un loyer relativement élevé. Il lui faut, en effet, tout au moins un cabinet et un salon d'attente en sus des pièces nécessaires à son logement et à celui de sa famille. Il sera donc, de par la base même de l'impôt, plus sérieusement atteint que le rentier qui n'a pas besoin de pièces spéciales pour l'exercice de sa profession.

En cas d'habitation multiple, l'impôt sera aggravé de sorte que le médecin d'eaux, qui paye déjà double patente toute l'année, sera tout particulièrement imposé, au même titre que le châtelain qui, outre sa maison de campagne, possède un petit hôtel à Paris.

2° Ce revenu basé sur les habitations sera encore majoré d'une somme calculée suivant le nombre et le sexe des domestiques.

Autre majoration qui pèsera lourdement sur le corps médical. Si le nombre des domestiques chez un commerçant ou un rentier peut être en rapport avec sa situation de fortune, chez le médecin, au contraire, ces domestiques sont nécessaires à l'exercice de sa profession.

Tandis qu'une famille dans une situation moyenne peut se contenter d'une bonne à tout faire, chez le médecin la nécessité de répondre à tout appel de la sonnette exige souvent la présence de deux servantes. Or, la première est censée correspondre à un revenu de 800 à 400 francs et pour la deuxième ce chiffre doublé s'ajoutera au premier.

Pour le domestique homme, c'est encore pis. Le médecin de campagne, qui ne peut recourir pour ses courses à l'entremise du loueur, doit posséder et entretenir chevaux et voitures et, par conséquent, doit employer un domestique ; il verra l'estimation de son revenu s'élever, de ce fait, de 2.400 francs à 1.200 francs suivant les localités.

3° Passons maintenant aux moyens de transport ; une automobile sera censée représenter un revenu de 3.000 fr., une voiture à 4 roues entre 2.000 et 400 francs, une voiture à 2 roues de 1.000 à 200 francs et chaque cheval de 2,000 à 400 francs.

Prenons comme exemple un médecin habitant une localité de 5.200 habitants, habitant une modeste maison d'une valeur locative de 600 francs ; cette valeur sera majorée :

Une femme de chambre ou bonne d'enfant, 500 francs.
Une cuisinière, 1.000 francs.
Un domestique homme, 1.500 francs.
Une voiture à 4 roues, 600 francs.
Une voiture à 2 roues, 300 fr. (pour les mauvais chemins),
Deux chevaux, 1.200 francs.

Ce médecin, par le fait seul des nécessités de sa profession, avec un loyer de 600 francs, se verra taxé pour un revenu de 5.700 francs. S'il n'a que peu d'enfants et si sa femme est vaillante, il pourra faire l'économie d'une servante, soit 1.000 francs. Et notez, je vous prie, qu'il ne s'agit que de la part revenant à l'Etat, sans les 2,20 0/0 proposés comme taux de l'impôt; les départements et les communes, avec leurs centimes additionnels, se chargeront de tripler ou de quintupler ce chiffre. Pendant ce temps un bon bourgeois jouissant de 15.000 francs de rentes, n'ayant d'autres frais que de passer chez le percepteur signer sa quittance, pourra se dispenser du domestique, de chevaux, des voitures et paiera infiniment moins d'impôt.

Je le reconnais volontiers, le projet porte que les locaux servant à l'exercice d'une profession n'entrent pas dans l'estimation de la valeur locative et que la taxe des chevaux et voitures est réduite des trois quarts s'ils servent à l'exercice d'une profession ; on ne parle pas du domestique.

Mais *je me méfie* et je voudrais voir ajouter ces deux mots à la suite de profession « même libérale ». Nous avons en effet, trop longtemps subi cette iniquité d'avoir nos chevaux et nos voitures taxés comme chevaux et voitures de luxe (amère ironie), alors surtout que l'Etat, qui demande 0 fr. 50 du kilomètre pour faire porter une dépêche par un gamin, nous faisait employer à son service, ces mêmes chevaux et voitures, à un tarif de 4 centimes du kilomètre, ainsi qu'il ressort d'un tableau que j'ai jadis publié.

Aussi, comme au temps du projet Burdeau, je m'écrie ; « *Caveant consules* ! Que la presse médicale prenne la chose en main, et s'il lui faut, pour cela, écourter quelque compte rendu d'un mémoire sur la syringo-myélite nous ne lui en tiendrons pas rigueur. Qu'elle cherche surtout à intéresser à notre cause la presse politique, sa grande sœur, qui jouit de nos jours d'une si formidable puissance ; que nos diverses

Associations s'émeuvent et adressent des représentations autorisées aux pouvoirs publics. Je voudrais pouvoir ajouter : que le comité des médecins membres du Parlement donne enfin signe de vie, mais je n'ose. Depuis trop longtemps je suis habitué à voir nos intérêts les plus primordiaux sacrifiés par nos anciens confrères à de soi-disant nécessités politiques. Ils n'ont jamais cherché à faire aboutir dans le sens réclamé par nous tous la loi sur l'exercice de la pharmacie, ils ont laissé passer cette ignominie de la loi d'assurance qui nous oppose vis-à-vis des riches patrons et des richissimes Compagnies le tarif de la médecine gratuite (la bien nommée, pour le médecin s'entend).

Mais surtout, au lieu de nous fier à tel journal ou à telle association, prenons donc enfin le parti de ne compter que sur nous-mêmes, faisons maintenant avec moins de chances de succès peut-être, ce que j'avais demandé et ce qui aurait réussi avant les élections, que tous les confrères d'un même arrondissement se réunissent et fassent parvenir à leur député la lettre suivante : Monsieur le Député. — Les médecins soussignés de l'arrondissement de X. ont l'honneur de vous exposer que le projet d'impôt de M. le ministre Peytral, s'il était voté tel qu'il est présenté au Parlement, augmenterait leurs charges fiscales dans des proportions exceptionnelles. Les chevaux, voitures, domestiques homme et femme, qui peuvent être souvent des signes extérieures de la richesse sont pour eux des nécessités professionnelles et ils espèrent que vous voudrez bien proposer ou faire voter un amendement qui ferait une exception en leur faveur, surtout au moment où par suite de l'application intégrale de la loi sur l'Assistance publique, l'État a dû faire à leur concours un appel qui constitue pour la plupart d'entre eux une lourde charge.

Je crois pouvoir vous garantir, mes chers confrères, que si vous faites cela, vous aurez gain de cause. La crainte de l'électeur est pour beaucoup d'élus le plus sûr commencement de la sagesse et vous savez aussi bien que moi que sans avoir l'importance politique du mastroquet, le médecin, le médecin de campagne surtout, est un de ceux dont on cherche à se concilier la faveur en temps d'élection.

Dr P. Good,
Médecin de l'établissement thermal d'Enghien.

NOUVELLES

Légion d'honneur. — Par décret, en date du 25 octobre 1898, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur :

M. le Dr Navarre, président du conseil municipal de Paris. Ancien médecin-inspecteur des écoles, délégué cantonal, a représenté la ville de Paris au congrès de démographie et d'hygiène scolaire de Budapest (1894), de Vienne (1896) et de Madrid (1898); vingt-deux ans de pratique médicale.

Faculté de médecine de Paris. — M. Duplay, professeur de clinique chirurgicale, est dispensé du service des examens pendant l'année scolaire 1898-1899.

M. le professeur Tillaux commencera son cours de clinique chirurgicale le lundi 7 novembre 1898, à neuf heures du matin, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure. — Lundi et vendredi, à cinq heures un quart, exercices cliniques sous la direction du Dr Auvray, chef de clinique.

M. le professeur Panas commencera le cours de clinique ophtalmologique, le lundi 7 novembre 1898, à neuf heures du matin (à l'Hôtel-Dieu), et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure. — Clinique et opérations à dix heures. Exercices ophtalmoscopiques tous les mercredis.

Clinique d'accouchement et de gynécologie (Clinique Tarnier, 89, rue d'Assas). — M. le prof. Budin commencera ce cours le mardi 8 novembre 1898, à 9 h. 1/2 du matin (clinique Tarnier, rue d'Assas), et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure.

Ordre du cours : mardi et samedi : Leçons à l'amphithéâtre. Visite des malades tous les matins, à 9 heures.

Conférences de pathologie générale élémentaire. — M. Charrin, agrégé, commencera ces conférences le mardi 8 novembre 1898, à 5 heures (Petit amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Sujet des conférences : Les principaux éléments de la maladie.

Ces conférences sont spécialement destinées aux étudiants de première année (nouveau régime).

Concours des clinicats obstétrical et chirurgical. — Sont nommés : MM. les Drs Funck, à Baudelocque (service de M. le prof. Pinard); Rudaux, à Beaujon (service de M. Ribemont-Dessaignes); Auvray, à la Charité (service de M. le prof. Tillaux).

Faculté de médecine de Toulouse. — M. Bordier, agrégé, est nommé chef des travaux de physiologie, en remplacement de M. Billard, appelé à d'autres fonctions.

École de médecine de Besançon. — Un congé est accordé, sur sa demande, à M. Saillard, professeur de pathologie externe et de médecine opératoire.

Exposition de 1900. — Par décret, en date du 25 octobre 1898, les médecins dont les noms suivent sont nommés membres de la commission supérieure de l'Exposition universelle de 1900 :

MM. Ouvrier, sénateur; Théophile Roussel, sénateur; Chautemps, député; Thuillier, conseiller municipal.

Journaux de médecine. — Un journal d'Athènes qui avait un passé des plus honorables, γαλήνος, vient de cesser de paraître.

Médecins de théâtres. — La circulaire suivante vient d'être adressée aux commissaires de police de la ville de Paris.

« Paris, le 7 septembre 1898.
« Le Préfet de Police à Messieurs les commissaires de police de la ville de Paris.

« Aux termes de l'article 66 de l'ordonnance de police du 1er septembre courant, concernant les théâtres, cafés-concerts et autres spectacles publics, dont je viens de vous transmettre un exemplaire, il doit y avoir, dans chaque théâtre, un service médical composé d'un nombre de médecins en rapport avec l'importance de l'établissement.

« Ces médecins, choisis par le directeur, doivent être agréés par ma Préfecture, hormis ceux des théâtres nationaux, qui sont nommés par M. le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts.

« Je vous prie, en conséquence, d'inviter les directeurs des théâtres non subventionnés, situés sur votre quartier, à me transmettre d'urgence la liste des médecins choisis

par eux ainsi qu'un tableau indiquant la façon dont le service médical de leur théâtre est assuré et réglé.

« J'attache la plus grande importance à ce que ce service fonctionne régulièrement dans tous les théâtres, afin que le public puisse toujours y trouver, en cas de besoin, un médecin capable de donner des soins immédiats aux malades ou aux blessés.

« Vous devrez donc, lorsque vous serez de service dans un théâtre, me signaler les négligences que vous constateriez à ce point de vue.

« D'autre part, il importe que le médecin de service ait toujours à sa disposition les médicaments de première nécessité ; l'article 73 de l'ordonnance précitée exige donc qu'une boîte de secours réglementaire soit placée dans le cabinet du médecin.

« Vous inviterez les directeurs de théâtre à faire installer immédiatement la boîte dont il s'agit et vous les préviendrez que j'ai chargé le médecin directeur du service des Secours publics de s'assurer si cette prescription est exécutée et de vérifier, de temps à autre, si la boîte réglementaire est constamment entretenue en bon état de fonctionnement.

« Je vous prie de m'accuser réception de la présente circulaire et de me rendre compte du résultat de vos soins.

Les plantes vénéneuses et nos enfants. — Bien souvent des fleurs que l'on cultive un peu partout sont vénéneuses et peuvent empoisonner les enfants. On a signalé récemment en Angleterre un cas d'empoisonnement et de mort chez un enfant qui avait mangé un certain nombre de renoncules des prés. Presque toutes les variétés de la famille des renonculacées contiennent des substances toxiques. On devrait les exclure des jardins que fréquentent les enfants, de même que la belladone, l'aubour (variété de cytise) et l'if. (*Lyon médical.*)

Médicaments à bon marché. — Le parquet de la Seine vient d'être saisi d'une affaire qui révèle, de la part de certains pharmaciens, une pratique fort inquiétante pour les malades.

Récemment, un jeune pharmacien se rendait acquéreur d'une pharmacie fort achalandée d'un des quartiers populeux du Nord-Est de Paris.

A peine installé dans son nouvel établissement, il s'aperçut avec terreur qu'en vendant ses produits pharmaceutiques suivant le tarif de son prédécesseur, il marchait à une ruine complète. Relever les prix était impossible, c'était perdre la clientèle. Continuer à vendre aux mêmes prix, c'était la faillite.

Il examina les livres, s'informa auprès de ses confrères et de son personnel, et finit par découvrir le pot aux roses.

Quand on apportait une ordonnance de médecin, celle-ci était soumise à un examen sévère, mais pas dans le meilleur sens, et il n'y avait jamais à craindre une erreur de dose en excès.

En effet, le pharmacien, dans la confection de la potion, remplaçait le produit pharmaceutique indiqué par un produit similaire, moins cher, mais souvent trop faible, ou réduisait de moitié la dose prescrite, ou, plus simplement encore, supprimait le médicament, à la place duquel il mettait n'importe quel produit inoffensif, pourvu que le prix en fût très peu élevé.

Comme tous les pharmaciens sont obligés d'inscrire sur un registre le détail de l'ordonnance qu'ils ont exécutée, il se conformait au règlement, mais un chiffre, un signe conventionnel connu de lui seul, lui permettait de refaire la potion semblable à la première.

Si, par exemple, il remplaçait l'ipéca par de l'émétique, en face d'ipéca il écrivait « pas ». Cela avait l'air d'une abréviation, mais, pour lui, il savait que « pas « voulait dire émétique.

Plusieurs médecins de la région s'étonnaient, paraît-il, du peu de succès de la médication qu'ils faisaient suivre à leurs malades; ils doivent maintenant en connaître la raison.

Nécrologie. — Le Dr Gariel, de Marseille. — Le Dr Laborde, de Bernos (Gironde), reçu en 1893. — Le Dr Raimbault, de Candé (Maine-et-Loire). — Le Dr Pilliet (Henry-Alexandre), ancien interne des hôpitaux de Paris, conservateur du musée Dupuytren, chef du laboratoire de clinique chirurgicale de la Charité, vice-président de la Société anatomique, décédé le 30 octobre, à l'âge de 37 ans. — Le Dr Quinemant, médecin de l'asile des aliénés de Niort, reçu en 1853. — Le Dr Dufour (François-Antoine) d'Hermonville (Marne), décédé à l'âge de 90 ans.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Formulaire hypodermique et opothérapique. — Injections sous-cutanées d'huiles médicamenteuses, d'essences, de substances minérales, d'alcaloïdes, de sucs d'animaux, de glandes, d'organes et de muscles, par le Dr E. Boisson et J. Mousnier, pharmacien de 1re classe. J.-B. Baillière et fils. 1 vol. in-18 de 261 pages, avec 21 figures, cartonné. Prix : 3 fr.

Traité de médecine et de thérapeutique, par P. Brouardel, doyen de la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Institut, et A. Gilbert, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Broussais. 10 vol. in-8 de 850 à 950 pages, illustrés de figures. J.-B. Baillère et fils. Prix de chaque volume : 12 fr.

Tableaux synoptiques de thérapeutique descriptive et clinique, par le Dr Durand, ancien interne des hôpitaux. 1 vol. gr. in-8, de 200 pages, cartonné (*Collection Villeroy*), Prix : 5 fr. — Librairie J.-B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris.

LYMPHATISME, SCROFULE, RACHITISME : Fucoglycine Gressy.

CAPSULES DARTOIS 0,05 véritable CRÉOSOTE de HETRE
CATARRHES, PHTISIE, TUBERCULOSE, 3 ou 4 à chaque repas

PASTILLES bi-borate de soude VIGIER, à 0 gr.10 centigr. 5 à 10 pastilles par jour.

Le Gérant : A. Chevallereau.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone*